

**Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut**

Helena Hanso

**TEADVELOLEKUL PÕHINEVA RÜHMATERAAPIA MÕJU
TÄHELEPANU PÜSIVUSELE, KOGNITIIVSELE
PAINDLIKKUSELE NING EMOTSIONAALSELE
ENESETUNDELE**

Uurimistöö

Juhendajad: Marika Paaver, Astra Schults

Läbiv pealkiri: Teadveloleku rühmateraapia mõjud

Tartu 2015

Kokkuvõte

Käesolev uurimistöö käsitleb teadvelolekutraapia mõju emotsionaalsele enesetundele, teadveloleku tasemele, tähelepanu püsivusele ning kognitiivsele paindlikkusele. Meeleolu- või ärevushäiretega patsiendid (N=13) osalesid 8-nädalases teraapias, mis põhineb *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) manuaalil. Kontrollgruppi (N=24) kuulusid terved täiskasvanud, kes vastavat sekkumist ei saanud. Mõõdeti katsegruppide sooritust testides WCST (kognitiivse paindlikkuse mõõdik) ja SART (püsiva tähelepanu mõõdik) ning enesekohastes küsimustikes EEK-2 ja MAAS. Lisaks andis osa teraapiagrupi liikmetest (N=6) ka kvalitatiivset informatsiooni teraapiaprotsessi kogemuste kohta. Hüpotees, mille kohaselt ärevus- ja meeleluhäirete all kannatavate teraapias osalevate katseisikute emotsionaalne enesetunne paraneb teraapia käigus, ei leidnud käesolevas uuringus kinnitust. Samuti ei suurenenud teraapia käigus statistiliselt olulisel määral teadveloleku tase. Küll aga leiti, et erinevalt kontrollgrupist paranes teraapiagrupil püsiv tähelepanuvõime. Osaliselt paranesid ka kognitiivse paindlikkuse näitajad. Kokkuvõttes kinnitas uurimus tähelepanu püsivuse paranemist MBCT käigus ning soovib teisi eelpoolmainitud seoseid edaspidi täiendavalt uurida.

Märksõnad: teadvelolek, MBCT, kognitiivne paindlikkus, meeleolu- ja ärevushäired, püsiv tähelepanu, emotsionaalne enesetunne

The effect of MBCT on sustained attention, cognitive flexibility and emotional well-being

Abstract

This study investigates the effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on emotional well-being, mindfulness level, sustained attention, and cognitive flexibility. Patients with mood or anxiety disorders (N=13) participated in an 8-week MBCT program, inter alia containing focusing on breath and bodily sensations. A control group (N=24) was formed who didn't receive the named intervention. All participants were tested at least twice with WCST (as a measure of cognitive flexibility), SART (as a measure of sustained attention), and self-reported questionnaires EEK-2 and MAAS. Additionally, some of the members of the MBCT-group (N=6) gave an in-depth interview or filled a corresponding questionnaire about their experience within the process of the mentioned therapy. The findings suggest there was no significant difference in the emotional well-being of the patients before and after the MBCT therapy. Neither did they improve significantly in the measures of mindfulness. They did, however, show improvement in sustained attention. The hypothesis concerning the improvement of cognitive flexibility in the therapy group was partially supported. Altogether, the current study acknowledged the improvement of sustained attention during MBCT, and suggests further investigation of the other named hypotheses.

Keywords: mindfulness, MBCT, cognitive flexibility, mood and anxiety disorders, sustained attention, emotional well-being

Sissejuhatus

Uurimisprobleemi tutvustus ja kirjanduse ülevaade

Teadvelolek (*mindfulness*) on kirjeldatav kui teadlik tähelepanelikkuse seisund või - protsess. See seisneb keskendumises teatud kindlal viisil - kavatsuslikult, käesolevas hetkes ja hinnanguvabalt (Kabat-Zinn, 1994). Teadvelolekuseisundi olulisteks iseloomustavateks omadusteks on tähelepanelikkus, teadlikkus ja aktsepteerimine ning keskendumine hetkele ilma pingutuseta ja soovita midagi muuta. Eesti keelde on mõistet *mindfulness* tõlgitud ka kui meeleteadlikkust või ärksameelsust, kuid käesolevas artiklis kasutatakse selle tähistamiseks edaspidi sõna teadvelolek.

Ehkki teadveloleku ajalugu ja teadveloleku mõjutamise tehnikad on seotud budistliku traditsiooniga, on teadvelolek kaasaegses psühholoogias kasutusele võetud spirituaalsest suunitlusest selgelt eraldiseisvana - seda kasutatakse võimalusena teadlikkuse tõstmiseks ja oskuslikuks reageerimiseks muuhulgas sellistele mentaalsetele protsessidele, mis muidu soodustaksid emotsionaalset distressi ja mitteadaptiivset käitumist (Bishop jt., 2006).

Psüühikahäirete ravis on kasutusel mitmed teadvelolekul põhinevad sekkumised ja teraapiasuunad, teiste seas MBCT (*Mindfulness-based cognitive therapy*), mis kombineerib teadveloleku meditatsiooni ja kognitiivteraapia võtteid (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). MBCT on olnud kliinilises kontekstis tulemuslik mitmes valdkonnas, Chiesa ja Serretti (2011) ülevaateartikli kohaselt muuhulgas raskesse depressiooni tagasilanguste ärahoidmisel vähemalt kolme eelneva depressiivse episoodiga patsientidel ning ärevuse sümptomite leevendamisel bipolaarse häire ja ärevushäire korral.

MBCT märkimisväärselt positiivset mõju emotsionaalsele heaolule on näidanud uuring (Splevins, Smith, & Simpson, 2009), mis viidi läbi vanemaealiste kliinilises grupis.

Teadveloleku praktikate positiivsed mõjud on märgatavad ka häireteta inimestel - muuhulgas on leitud, et pikaajaline meditatsioonipraktika parandab tähelepanuga seotud ajustruktuure, iseäranis seoses ootamatute stiimulitega (Chiesa & Serretti, 2010). Samuti on leitud teadveloleku taseme positiivset korrelatsiooni püsiva tähelepanuga (Van den Hurk, Gionni, Gielen, Speckens, Barendregt, 2010; Chambers, Lo, & Allen, 2008). Püsiv

tähelepanu (*sustained attention*) ehk teisisõnu valvsus (*vigilance*) viitab võimele tuvastada ootamatuid stiimuleid pika aja jooksul, nagu seda on kirjeldanud autorid Sarter, Givens ja Bruno (2001, refereeritud Chambers jt., 2008 järgi).

Et tähelepanuprotsessid on olemuslikult seotud kognitiivse paindlikkusega – võimega kohandada kognitiivse töötlemise strateegiaid, tulemaks toime uute ja ootamatute tingimustega (Moore & Malinowski, 2009) – keskendub käesolev uurimus muuhulgas teadveloleku harjutuste praktiseerimise ja kognitiivse paindlikkuse seostele kliinilises populatsioonis. Neid seoseid varem tavapopulatsioonis uurinud autorite Moore'i ja Malinowski järelduste kohaselt esineb oluline seos teadveloleku taseme ja kognitiivse paindlikkuse ning ka tähelepanufunktsioonide vahel.

Samuti on teadvelolekuharjutuste mõju kognitiivsele paindlikkusele varasemalt mõõtnud Greenberg jt (2012), tehes seda Luchinsi veeanumate katse abil, mis nõuab uutmoodi lähenemist juba tuttavale ülesandele. Sellest uurimusest selgus, et regulaarselt teadvelolekut praktiseerinud grupp leiab kontrollgrupist kiiremini ja kergemini ülesannetes lihtsaid lahenduskäike - mis viitab kõrgemale kognitiivsele paindlikkusele.

Toetudes tulemustele ja oletustele eelpoolmainitud uurimustest, seab käesolev uurimistöö eesmärgiks vaadelda seoseid 8-nädalases MBCT programmis osalemise ja mitmete eelmainitud näitajate vahel teraapias osalevate isikute enesetundes ja soorituses. Töö autor tunneb huvi, kas kõik neist näitajatest võiksid paraneda teraapia käigus, isegi kui seni on neist mõne paranemise seost teadvelolekuga kinnitanud pigem uuringud tava- kui kliiniliste gruppidega.

Lähtuvalt eelnevast on antud töö uurimisprobleemiks teadvelolekuterapias osalemise seos kognitiivse paindlikkusega, püsiva tähelepanuga ning hinnanguga oma emotsionaalsele enesetundele ja teadvelolekutasemele.

Püstitatud probleemi lahendamiseks võetakse jälgimisele teadvelolekuterapia grupp ning uuritakse nende tulemusi teemakohastes valiidses testides ja küsimustikes. Saadud andmed kõrvutatakse tervetest katseisikutest moodustatud kontrollgrupi andmetega. Lahenduse käigu usaldusväärsust toetavad tegurid on vastajate vabatahtlik tasustamata osalus ja anonüümsus; valiidsed testid ja küsimustikud; mitmekordsed mõõtmised ning kontrollgrupi olemasolu võrdlemaks kliinilise grupi alg tulemusi normgrupiga ja jälgimaks soorituse paranemise efekti sekkumise kaasabit. Testitulemuste võimalike muutuste põhjuste igakülgse

uurimise huvides on täiendava meetodina kasutusel ka semistruktureeritud süvaintervjuu. Kuna käesoleva pilootuuringuna käsitletava töö valim on võrdlemisi väike ja üldistusvõime väheldane, teeb väljapakutud lahenduse oluliseks võimalus leida selle valdkonna edasisteks uurimusteks optimaalseid suundi ja soovitusi.

Autori panus

Käesoleva töö autorilt pärineb algne idee uurimistöö teemaks (mida juhendajate soovitude ja asjaolude tõttu kohandati); tutvumine teemakohase teoreetilise taustaga; katseisikute värbamine, andmete kogumine; andmete süstematiseerimine, analüüsimine ja tõlgendamine juhendaja abil; intervjuu kontseptsiooni ja küsimuste loomine ja intervjuude läbiviimine; tulemuste tõlgendamine ja seostamine varasemate uuringutega; edasised soovitused ja ideed.

Hüpoteesid

1. Ärevus- ja meeleoluhäirete all kannatavate teraapiaosaliste emotsionaalne enesetunne paraneb teraapia käigus
2. Teraapiagrupil suureneb teraapia käigus teadvelolekutase
3. Teadveloleku harjutuste praktiseerijatel paraneb teraapia käigus püsiv tähelepanuvõime
4. Teraapiaosalistel suureneb kognitiivne paindlikkus

Meetod

Valim

Tegu oli ettekavatsetud valimiga, kus katseisikute valik oli teostatava eksperimendiplaani huvides kallutatud nende osalusest kindlas teraapiagrupis. Valim moodustati vabatahtlikest täiskasvanutest, kes osalesid teadvelolekul põhinevas rühmaterapias. Kokku hõlmas uuring nelja psüühikahäiretega inimestest koosnevat gruppi, kes said MBCT manuaalil põhinevat teraapiat. Esialgu andis oma nõusoleku uuringus osalemiseks 25 terapias osalevat isikut, kuid uuringust väljalangenute koguprotsent oli nelja kuu jooksul 52%. Teraapiaosalisi, kes täitsid nõutud testid piisaval määral ja kelle tulemusi käesolevas uuringus arvestati, oli nelja grupi peale kokku 13. Taustküsimustiku jättis 2 neist täitmata, seega on taustandmed esitatud 11 katseisiku põhjal. Nende keskmine vanus oli 33,4 aastat, kõige noorem neist oli 28-aastane ja kõige vanem 40-aastane ($SD=4,032$). Sooliselt ei jagunenud nad võrdselt - naisi oli 7 ja mehi 4.

Kontrollgrupis osalemiseks andis oma nõusoleku 41 isikut, kuid vajalikul määral teste täitis neist 24 isikut. Kontrollgrupp ei saanud teadveloleku-alast sekkumist, nende andmeid kasutati teraapiagrupi testitulemustega võrdlemiseks ja selleks, et teha kindlaks, kas esineb soorituse paranemise efekt pelgalt testide korduvtäitmise mõjul. Kontrollgruppi kuulumise tingimusteks oli psüühikahäirete puudumine, eesti keele oskus vähemalt heal tasemel ning vanus 18-60 eluaastat. Üks kontrollgrupi ($N=24$) liige jättis taustküsimustiku täitmata, seega on taustandmed esitatud 23 katseisiku põhjal. Vanuseliselt ei jagunenud nad normaaljaotuslikult. Nende keskmine vanus oli 28,5 aastat ($SD=1,854$), noorim oli 19-aastane ja vanim 56-aastane. Sooliselt oli jaotus teraapiagrupiga samasuunaliselt ebatasakaalus - naisi oli 16 ja mehi 7.

Gruppidevaheline keskmine vanus ja vanuseline jaotus ei olnud statistiliselt oluliselt erinev ($t=1,728$, $p=0,094$).

Uurimismetoodika täpne kirjeldus

Teadveloleku grupiteraapia

Psühholoogiline sekkumine, mille mõju antud uuringus jälgiti, põhineb teadvelolekul põhineva kognitiivse teraapia (*Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT*; Segal jt., 2002) manuaalil. Nimetatud sekkumine koosneb kaheksast iganädalasest seansist 8-12-liikmelises

grupis. Grupis tehakse erinevaid harjutusi, mille kestvus varieerub kõigi rühmade jaoks võrdselt 3-38 min. Harjutuste käigus õpitakse hingamisele keskendumise ja kehaaistingute jälgimise harjutusi. Osalejaid juhendatakse enda mõtteid, emotsioone ja reaktsioone märkama ja teadvustama.

Grupikohtumistel toimub praktiliste teadvelolekuharjutuste ühine harjutamine grupi läbiviija juhendamisel ning kogemuste ja raskuste reflekteerimine, lisaks millele on osalejatel ülesanne tegeleda grupis omandatud harjutustega kuni 1 tund päevas, kas siis salvestatud juhiste abil või iseseisvalt.

Grupikohtumised kirjeldatud raamides toimusid ajavahemikes septembrist novembrini 2014 ja jaanuarist märtsini 2015 Lääne-Tallinna Keskhaiglas ning Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia Keskuses. Teraapiaseansse (igal grupil kokku 8 iganädalast seanssi) viisid läbi kogntiiv-käitumisteraapia väljaõppe läbinud kliinilised psühholoogid Anni Kuusik ja Liis Vahtra-Šmutov.

Katsevahendid

Küsimustike ja kognitiivsete ülesannete täitmine toimus elektroonselt. Igale katseisikule omistati personaalne kood, mille abil sai siseneda veebikeskkonda (TÜ psühholoogiauuringute keskkonnas TYPH Kaemus, aadressil kaemus.psych.ut.ee). Koodide ja isikuandmete kokkuviimiseks vajalikule võtmele oli ligipääs vaid uurimuse teostajatel.

Nii katse- kui kontrollgrupp täitis internetipõhiselt lisaks taustküsimustikule sooritusmõõdikud WCST ja SART ning küsimustikud EEK-2 ja MAAS, mille täpsem kirjeldus järgneb.

Wisconsini Kaardisorteerimise Testi (WKT, WCST, Wisconsin Card Sorting Test, 2008) kogukatsete arvu näitaja abil hinnati kognitiivset paindlikkust ja võimet ümber lülituda muutuvate sarrustus-skeemide korral. Testi käigus peavad osalejad katsetama ja leidma õigeid reegleid, mille alusel neile esitatud kaarte kategoriseerida (lähtuvalt kaardil olevate kujundite arvust, värvist või kujust). Kategoriseerimise reeglid muutuvad testi käigus korduvalt. Antud töös kasutati WCST arvutiseeritud versiooni ning hinnati läbitehtud katsete arvu - mis suurenes kui jäädi püsima harjutud reegli alusel sorteerimise juurde. Katseisikutele jagatud instruksioonid testi täitmiseks on välja toodud töö lõpus (Lisa 1).

Tähelepanu Hoidmise ja Vastamise Ülesanne (SART, *Sustained Attention to Response Task*) oli kasutusel püsivat tähelepanu ja reaktsiooniaega mõõtvat sooritusmõõdikuna, mille

tulemustest jälgiti pidurdusprotsenti. SART testi (Manly, Robertston, Galloway & Hawkins, 1999) stiimulid koosnevad numbritest 1-9, mida näidatakse ekraani keskel. Katseisikute ülesandeks on vajutada võimalikult kiiresti klaviatuuriklahvi kõigi numbrite ilmunisel välja arvatud number 3, mille puhul tuleb jätta klahvile vajutamata. Numbrid vahelduvad kvaasi-juhuslikus järjestuses ja esitatakse valge šriftiga mustal taustal viies erinevas juhuslikult vahelduvas kirjasuuruses (kõrgustega 12-29 mm). Iga numbrit esitatakse 250 ms jooksul, millele järgneb 900 ms kestusega valge ring. Kokku on testis 270 katset ja iga numbrit esitatakse 30 korda. Katseisikutele antavad instruksioonid antud testi täitmiseks on välja toodud töö lõpus (Lisa 2).

Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK-2), mis koosneb 28 väitest, viidi läbi katseisikute emotsionaalse seisundi iseloomustamiseks. EEK-2 on eestikeelne subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks ja jälgimiseks, mis on väljatöötatud TÜ Psühhiaatriakliinikus (Vasar, 2013).

Ärksameelse Tähelepanu ja Teadlikkuse Skaala (orig. MAAS, *Mindful Attention Awareness Scale*) abil hinnati teadvelolekutaset. Seema (2014) kinnitab oma doktoritöös antud skaala võimet mõõta üldist kalduvust olla teadvel.

Teraapiagrupp täitis eelmainitud mõõdikud neli korda – pärast 1. seanssi, pärast 4. seanssi, pärast 8. seanssi ja pärast 2 kuu möödumist teraapia lõpust. Võrdlusgrupi liikmed täitsid need mõõdikud kaks korda, kuuajase vahega kahe mõõtmiskorra vahel. Et minimeerida situatsioonilisi erinevusi, paluti kõigil katseisikutel täita elektroonilised testid puhanuna ja vaikselt kohas, kus neid ei segata.

Lisaks jagas osa teraapiagrupi liikmetest (N=6) kvalitatiivset infot semistruktureeritud süvaintervjuu või sellega analoogse elektroonse küsimustiku täitmise kaudu. 24 küsimusest koosneva semistruktureeritud intervjuu (Lisa 3) viis selleks nõusoleku andnud katseisikutega (N=4) läbi käesoleva töö autor pärast kahe kuu möödumist rühmateraapia lõpust. Alternatiivina intervjuule jagasid üksikud katseisikud (N=2) oma teraapiakogemuste kohta muljeid veebipõhise küsimustiku kaudu, mis sisaldas intervjuuga sarnaseid küsimusi.

Katsedisain

Tegu oli korduvmõõtmistega kvaasieksperimendiga. Katseisikud ei paigutunud gruppidesse juhuslikult, vaid lähtuvalt oma vaimsest tervisest ja teraapiaprogrammis

osalemisest, millest tulenes ka erinevusi vastavates subjektipoolsetes muutujates. Valim püüti võrdsustada sooliselt ja vanuseliselt, kuid erines baastasemel katseisikute emotsionaalse tervise poolest.

Katseplaan oli sõltumatute gruppide ja kahe erineva katsetingimusega. Antud uuringus oli sõltumatuks muutujaks osalemine MBCT programmis; sõltuvateks muutujateks tulemused testides, mis mõõtsid püsivat tähelepanuvõimet, reaktsiooniaega ja kognitiivset paindlikkust ning subjektiivne hinnang oma emotsionaalsele enesetundele ja teadveloleku tasemele.

Eetilised aspektid

Uuringu läbiviimiseks väljastas loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee. (Lisa 4). Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning selle kinnitamiseks allkirjastasid uuritavad informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi (Lisa 5). Uuritav võis igal ajal avaldada soovi uuringust lahkumiseks. Esialgsest osalemissoovist mis tahes hetkel loobumist ei taunitud ja see ei toonud loobujale kaasa negatiivseid tagajärgi. Rühmaterapias osalemise otsus ja teadusuuringus osalemise otsus olid isiku jaoks eraldiseisvad. Osalejaid ei tasustatud rahaliselt, küll aga jagatati osalejatele peale viimast mõõtmist soovi korral tagasisidet tulemuste kohta.

Kõikidele osavõtjatele garanteeriti anonüümsus, küsimustike seostamiseks olid kasutusel personaalsed koodid. Katse käigus saadud muud isiklikku laadi informatsiooni hoiti konfidentsiaalsena ega avaldatud uuringu teostaja poolt. Küsimustikke täideti elektroonselt, osavõtjad sisestasid personaalse koodi, mille alla salvestati testitulemused.

Psühholoogilist sekkumist viisid läbi vastava kutsega kliinilised psühholoogid, kellel on oskused ja kogemus tööks psüühikahäiretega patsientidega ning kes on läbinud põhikoolituse kognitiiv-käitumisteraapias.

Et vähendada sooritustestides endale esitatavatest ootustest tulenevat võimalikku ebamugavust, said osalejad enne testide sooritamist meili teel saadetas juhises vigu normaliseerivat informatsiooni, mis suunas mitte muretseda paratamatult esinevate vigade pärast. Küsimuste tekkimise korral oli katseisikutel võimalus pöörduda sekkumise läbiviijate poole rühmaterapia seansside käigus ning uurijate poole kirja või telefoni teel.

Andmetöötlus

Andmete korrastamiseks kasutati programmi Excel ning analüüsimiseks programmi SPSS, kus sõltuvate ja sõltumatute gruppidega viidi läbi hüpoteesidest lähtuvalt vastavaid t-teste.

Tulemused

Emotsionaalse enesetunde näitajad

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku üldskooris, kus madalam skoor vastab paremale emotsionaalsele enesetundele, oli tendentsina erinevus teraapiarühma ($N=10$, $M=71,1$, $SD=19,04$) ja võrdlusrühma ($N=21$, $M=61,1$, $SD=11,6$) üldskooride vahel, kuid see ei olnud statistiliselt oluline ($p=0,081$).

Teraapiagrupi osalised, kes täitsid emotsionaalse enesetunde küsimustiku nii pärast esimest kui pärast kaheksandat teraapiaseanssi ($N=4$), said teraapia alguses keskmiselt 61,5 punkti ja teraapia lõpus keskmiselt 53 punkti, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline ($p=0,234$).

Kontrollgrupi liikemetel, kes täitsid testi nii esimesel kui teisel mõõtmiskorral ($N=10$), ei paranenud testitulemused ($p=0,599$). Esialgseks keskmiseks skooriks oli 60,8 ($SD=10,81$) ning teistkordse mõõtmise korral 62,2 ($SD=11,38$).

Kvalitatiivsete andmete põhjal selgus, et oma teraapiakogemusest pikemalt rääkinud inimestest ($N=6$) 2 ei osanud konkreetseid muutusi oma emotsionaalses seisundis esile tuua, kuid 4 mainisid positiivseid muutusi (neist 4 mainis muutusi meeleolus ja 4 ärevuses). Täpsemalt mainiti järgmisi tähelepanekuid: meeleolu on parem; suhtlemisolukordades tajub varasemast vähem ohte ja on vähem ärev; on tunduvalt rahulikum sh. tajub sügavamalt sisemist rahu; ei lähe enam liigselt kaasa ettemuresemise ja hirmumõtetega; on rõõmsam ja rahulikum; depressiooni sümptomid on muutunud märkimisväärselt vähemaks; on rohkem energiat, kuna see ei lähe muresemise peale ära; on ühes konkreetses ärevas olukorras surmahirmust lahti saanud; ärevuse sümptomid on vähenenud (kusjuures mainib, et ka ravimite toimele võib siin mõju olla, kuid pigem kehaliste sümptomite leevendamisel, samas kui mõttetasandil on aidanud pigem teraapias õpitud mõtteharjutused, mis aitavad ärevas olukorras ümber orienteeruda hingamisele või muule).

Eneseraporteeritud teadvelolek

Esialgne teadveloleku tase oli gruppidel võrreldav, vastava testi skoori osas ei erinenud teraapiagrupp kontrollgrupist statistiliselt olulisel määral ($p=0,187$). Esimesel

mõõtmisel MAAS-testi üldskooris, kus kõrgem tulemus peegeldab kõrgemat teadveloleku taset, sai teraapiagrupp (N=8) keskmise skoori 53,63 (SD=9,62) ning kontrollgrupp (N=22) keskmise skoori 59,64 (SD=11,13).

Nende teraapiagrupi osaliste tulemustes (N=3), kes täitsid MAAS testi nii pärast esimest kui pärast kaheksandat teraapiaseanssi, ei ilmnunud üldskooris statistiliselt olulist erinevust ($p=0,153$), kuigi keskmine tulemus numbriliselt paranes. Pärast esimest teraapiaseanssi oli nende keskmine summaarskoor 50,67 (SD=2,52) ning pärast viimast teraapiaseanssi 59,67 (SD=5,13).

Samuti ei esinenud statistiliselt olulist erinevust ($p=0,226$) MAAS summaarskooris nende kontrollgrupi liikmete seas (N=10), kes täitsid testi mõlemal nõutud korral kuuajase vahega. Esimesel mõõtmisel oli nende keskmiseks summaarskooriks 56,7 (SD=8,46), teisel mõõtmiskorral 59,1 (SD=10,64).

Püsiv tähelepanu

Esialgsetes mõõtmistulemustes ei erinenud teraapiagrupi (N=9) keskmine pidurdusprotsent SART-testis kontrollgrupi (N=23) omast statistiliselt olulisel määral ($p=0,238$). Keskmised tulemused olid vastavalt 43,56 (SD=25,02) ja 53,91 (SD=20,64).

Teraapiagrupi osalistel, kes täitsid testi nii teraapia alguses kui teraapia keskel (N=7), paranes tähelepanutesti keskmine pidurdusprotsent olulisel määral ($p=0,004$). Paranemine toimus 43,43% tasemelt (SD=26,48) tasemele 74,86% (SD=10,76). Teraapiajärgselt sooritatuna ei erinenud tähelepanutesti keskmine pidurdusprotsent oluliselt teraapia alguses mõõdetust.

Kontrollgrupi tulemustes (N=15), kes täitsid testi mõlemal kahel nõutud korral, ei esinenud statistiliselt olulist erinevust ($p=0,232$), pidurdusprotsendid olid vastavalt 51,47% (SD=17,75) ja 56,8% (SD=27,18).

Arvestades intervjuule või lisaküsimustikule vastanud katseisikute (N=6) subjektiivset hinnangut oma tähelepanuvõimele, selgus, et neist 2 ei osanud esile tuua konkreetseid muutusi tähelepanus, kuid 4 tajus oma tähelepanuvõime paranemist teraapia käigus. Kolm neist täheldasid positiivseid muutusi tähelepanu suunamises (ning täpsemalt toodi välja näiteks järgmist: varem muretses puhkamise ajal tööasjade pärast ette, nüüd tajub, et kui

parasjagu ei ole töö, saab hõlpsasti suunata tähelepanu puhkamisele ja tegevustele, mida parasjagu teeb; õppis ära tajuma hetke, mil varem toimis “pimesi ega pannud tähele ümberringi toimuvat”, nüüd märkab ümbrust ja proovib reageerida vajadusele vastavalt teisiti; varasemast sagedamini suudab keskenduda ühele asjale korraga ja hoida tähelepanu sel tegevusel). Üks isik täheldas, et tähelepanu on varasemast püsivam ja seda on hõlpsam hoida.

Kogukatsete arv kognitiivse paindlikkuse näitajana

Baastasemel ei erinenud kognitiivse paindlikkuse näitajana mõõdetud kogukatsete arv teraapiagrupil (N=11) kontrollgrupi (N=24) näitajast ($p=0,472$), katsete arvudeks olid vastavalt 95 (SD=23,76) ja 101,25 (SD=23,55).

Teraapiagrupi osaliste tulemused, kes täitsid testi nii pärast esimest kui pärast viimast teraapiaseanssi (N=8), näitasid suunatud hüpoteesina statistiliselt olulist paranemist ($p=0,03$). Täpsemalt: kogukatsete arv vähenes esialgselt 99,13 korral (SD=27,1) hilisema 82 korrani (SD=19,6).

Kontrollgrupis kahekordsete täitjate seas (N=17) statistiliselt olulist paranemist kogukatsete arvu näitajas ei ilmnunud ($p=0,187$), keskmised tulemused olid vastavalt esimesel korral 98,5 kogukatset (SD=24,99) ja teisel korral 91,3 kogukatset (SD=20,35).

Kvalitatiivset infot jaganud katseisikute (N=6) vastustest selgus järgnev: neist üks arvas, et võrreldes aega enne ja pärast teraapiat, ei ole tema mõtlemise paindlikkuses muutusi; üks arvas, et muutusi on raske hinnata; ning ülejäänud 4 isikut tõid välja konkreetsed positiivsed muutused oma mõtlemise paindlikkuses. Täpsemalt kirjeldati avaramat mõtlemist; muutust olukordades, kus enne nähti ainult esimest pähetulnud mõtet, pärast teraapiat oldi aga võimeline kaaluma ka alternatiivseid seletusi; samuti selle ära tabamist, kui mõtlemine on liiga jäik. Muutuste tajutud põhjustena toodi esile teadvelolekutraapia harjutusi ja täienenud teadmisi (nt: “Enne ei tulnud selle pealegi, nüüd oskan märgata kui olen liiga jäik oma otsuste tegemisel”), kuid üks katseisik mainis ka KKT-individaalteraapia ja teadveloleku rühmateraapia koosmõju.

Lisatulemused

Intervjuuküsimustele või lisaküsimustikule vastanute (N=6) andmetest selgus, et neist viis isikut tarvitas teraapiaga paralleelselt (või oli tarvitanud teraapiale eelneva kahe kuu jooksul) psühhiaatrilisi ravimeid. Ravimite seas mainiti antidepressante (sh Escitalopram ja Sertraline) ja antipsühhootikumi Abilify.

Kui intervjuu käigus küsiti, milliseid üldisi muutusi enda enesetundes veel märgati (lisaks muutustele emotsionaalses enesetundes, tähelepanus, reaktsiooniajas ja mõtlemispaindlikkuses), toodi esile järgmisi tähelepanekuid: 4 intervjuueeritavat mainis, et suhtleb varasemast rohkem või tunneb suhtlemisest rohkem rõõmu või rahulolu; 2 mainis igapäevast tõusnud teadvelolekut (nt: “Olen hakanud teadvelolevalt toimetama oma igapäevaseid toimetusi ja märkama enda ümber tärkavat loodust”; lisaks mainiti varasemast vähemat ärritumist (“Ma ei võta enam pisasju nii isiklikult ja ei ärritu nii palju”); suurenenud julgust, enesekindlust ja varasemast väiksemat kartust eksimuste tegemise ees; vähenenud perfektsionistlikku nõudlikkust nii iseenda kui teiste suhtes; sõbralikumat ja heatahtlikumat suhtumist iseenesesse.

Arutelu ja järeldused

Antud uurimistöö eesmärgiks oli uurida teadvelolekul põhineva teraapia mõju teraapiaosaliste emotsionaalsele enesetunde, teadvelolekutasemele, püsivale tähelepanuvõimele, reaktsioonijale ja kognitiivsele paindlikkusele.

Esimene uuritud hüpotees ei leidnud kinnitust - ehkki ärevus- ja meeleoluhäirete all kannatavate teraapiaosaliste keskmine summaarskoor emotsionaalse enesetunde skaalal näitas küll paranemise tendentsi, ei olnud seos statistiliselt oluline. Selle leiu suund (kuigi mitte statistiliselt usutav tulemus) on kooskõlas tulemustega Splevins jt. (2009) uurimusest emotsionaalse enesetunde ja teadveloleku seostest, kuid viimane käsitles peamiselt vanemaealisi ning hõlmas pisut suuremat valimit (N=22). Et antud töös hüpotees kinnitust ei leidnud, peab käesoleva töö autor selle üheks võimalikuks või isegi määravaks põhjuseks valimi väikest suurust, mis võis olla teguriks ka selles, et kontrollgrupis ilmnes küll ootuspäraselt teraapiagrupist pisut parem subjektiivne hinnang oma emotsionaalsele enesetundele, kuid erinevus ei ilmenenud statistiliselt olulisel määral. Hoolimata sellest, et käesoleva töö kontekstis ei õnnestunud kummutada nullhüpoteesi, tasub autori arvates keskmiste tulemuste suunale ja katseisikute subjektiivsetele enesekohastele hinnangutele toetudes edaspidi uurida, kas suund võiks suurema grupi puhul ilmnedas statistiliselt olulisel määral. Kuna vanemaealiste seas tehtud sarnaseid seoseid kaardistav uuring (Splevins jt., 2009) näitas märkimisväärselt positiivseid tulemusi, peab siinse töö autor oluliseks ja huvitavaks uurida võimalikku sarnast seost edaspidi siiski jätkuvalt ka taolises eagrupis nagu käesoleva uuringu puhul, tehes seda võimalusel suurema valimi peal. Selle hüpoteesi puhul võinuks käesolevas uuringus jälgida emotsionaalse enesetunde küsimustiku alaskaaladest eraldi depressiooni ja ärevushäirete näitajaid - sest nimelt need olid häired, millega uuritav grupp teraapiasse pöördus, ning sest varasematest uurimustest võib leida tulemusi, kus MBCT järgselt ärevusnähud paranevad ja depressiooninähtude tagasilanguse tõenäosus väheneb.

Sarnaselt esimese hüpoteesi tulemustega oli teraapiaosaliste tulemustes märgata teise hüpoteesi järgi oodatud paranemist teadvelolekutasemes suuremal määral kui kontrollgrupil, kuid siingi ei olnud seos statistiliselt oluline. Uurimuse autor peab võimalikuks põhjuseks ka siinpuhul liiga väikest valimit ning leiab, et mainitud seos tuleks edaspidistes uurimustes

kindlasti taas jälgimise alla võtta, kuna nende skooride suund näib siiski vihjavat sellele, et taoline seos võiks suurema valimi korral ka statistiliselt usutavalt avalduda.

Kolmas hüpotees, mille kohaselt teadveloleku harjutuste praktiseerijatel paraneb teraapia käigus püsiv tähelepanuvõime, leidis kinnitust, võrreldes teraapiaosaliste tulemusi pidurdusprotsendis teraapia alguses ja keskpaigas. Et sarnast seost kinnitavad ka Van den Hurk jt (2010) ning Chambers jt (2008), võib järeldada, et püsiva tähelepanu näol on tõepoolest tegu nähtusega, millel on oluline seos teadveloleku-alase sekkumisega. Käesolev uurimus lisab sellele teadmisele omapoolse (kuid veel väikese üldistusvõimega) kinnituse seosest ka ärevus- ja meeleoluhäiretega isikute osas, kel samuti teadvelolekul põhineva teraapia järel tulemused püsiva tähelepanu näitajates oluliselt paranesid ning kelle enesekohaste hinnangute abil seda tulemust veelgi toetati. Et olla eelnevas veendunud, tuleks siiski korraldada siingi suurema valimiga eksperimente. Käesoleva uuringu piiranguna tuleb arvestada seda, et kognitiivse paindlikkuse mõõtmiseks kasutatud WCST arvutipõhine versioon ei pruugi anda võrreldavaid tulemusi standardse kliinilise hindamisega, eriti kui katseisikud täitsid selle kodus iseseisvalt, mis võis põhjustada mitmete sekkuvate muutujate häirivat mõju tulemustele.

Neljanda hüpoteesi osas loeti käesolevas uuringus tinglikult kinnitatuks alternatiivne hüpotees, mille kohaselt teraapiaosalistel suureneb kognitiivne paindlikkus. Kognitiivse paindlikkuse näitajana võeti siinpuhul arvesse vastavas testis läbitehtud katsete arv, mille suurem number peegeldab kehvemat tulemust. Teadveloleku harjutuste praktiseerimine vaimselt terves populatsioonis on varasemate leidude kohaselt kognitiivse paindlikkusega positiivses korrelatsioonis (Moore & Malinowski, 2009; Greenberg jt., 2012). Siinse töö autor rõhutab, et sama seose uurimiseks kliinilises populatsioonis oleks mõistlik korraldada põhjalikum uuring, sest õigupoolest ei anna WCST testis ainuüksi katsete arvu raporteerimine terviklikku peegeldust kognitiivsest paindlikkusest. Edaspidi tuleks jälgida vastava testi tulemusi laiemalt, arvestades lisaks muuhulgas perseveratiivsete vigade näitajat ehk teisisõnu nende vigade arvu, mille puhul katseisik kasutab stiimulite kategoriseerimiseks vana harjumuspärast reeglit, mis enam õiget tulemust ei anna.

Töö autor leiab, et kokkuvõttes võimaldaks samasisulise uurimuse koostamiseks ettenähtud vähem piiratud aeg võrdlemisi suuremahuliste andmete kestvamat ja põhjalikumat uurimist. Edaspidistes sarnastes uurimustes tuleks kontrollida ja jälgida teraapias osalevate

isikute ravimite tarvitamist ja individuaalteraapias osalemist - juhul kui nad saavad vastava teraapiaga paralleelselt muud ravi, ei pruugi muutused tulemustes sõltuda ainuüksi teadveloleku rühmaterapiast. Samuti peaks kindlasti hoidma ühe kontrollitava muutujana ka kontrollgrupi varasemat kokkupuudet meditatsiooni ja muude teadvelolekut mõjutavate praktikatega, et välistada nende võimalikku mõju katsetulemustele.

Edaspidiste uurimuste jaoks sarnastel teemadel peab siinse töö autor mõistlikuks püstitada hüpoteese teraapiaosalistega läbi viidud süvaintervjuudest leitud seoste ja oletuste pinnalt, näiteks võiks uurida võimalikku seost MBCT ja sotsiaalsete suhete subjektiivselt tajutud paranemise vahel, kuivõrd sellele viitasid kuuest intervjueeritavast neli. Samuti võiks kasu olla sekkumisi läbi viinud terapeutide seniste kogemuste põhjal tekkinud oletuste uurimisest, mis ekspertinformatsioonina suunaksid uurima näiteks seoseid teraapiaosaliste isikliku tööpanuse ja selle vahel, kuivõrd tulemuslik on teraapia; samuti märkama võimalikke mõjutusi tulemustes olenevalt teraapiagruppide vanuselisest või soolisest jagunemisest grupis ning teraapia läbiviimise keskkonnast (näiteks ruumist, kus teraapia toimub) ning sellest, kas teraapia eest tasutakse ise või kaetakse selle kulud haigekassa poolt. Nimetatud seoste põhjalikum uurimine pikemaajalises plaanis võiks aidata kaasa oluliste mõjude leidmisele ja teadvelolekuterapia tingimuste ja tulemuste optimeerimisele ning seeläbi olla kasulikuks teabeks praktilises kliinilises psühholoogias.

Käesolev uurimus kinnitas tähelepanu püsivuse paranemist teadvelolekul põhineva rühmaterapia käigus. Edaspidistes uurimustes tasub antud uuringu tulemuste suundi ja varasemat teavet arvesse võttes uurida täiendavalt ka võimalikku emotsionaalse enesetunde paranemist, teadvelolekutaseme tõusu ja kognitiivse paindlikkuse suurenemist.

Kirjanduse loetelu

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and affect. *Cognitive Therapy & Research*, 32, 303–322.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239–1252.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Review article: Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441–453. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.011
- Greenberg, J., Reiner, K., & Meiran, N. (2012). “Mind the Trap”: Mindfulness Practice Reduces Cognitive Rigidity. *PLoS ONE* 7(5).
- Investigating the Wisconsin card sorting test*. (2008). Advanced applied science: GCE A2 UNITS, The Nuffield Foundation, URL, külastatud 18.05.2015, kättesaadav aadressil http://4science.org.uk/GCE_A2/PDFs/23%20Investigating%20wcst.pdf
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Manly, T., Robertson, I. H., Galloway, M., Hawkins, K. (1999). The absent mind: further investigations of sustained attention to response, *Neuropsychologia*, 37(6), 661–70.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility Adam Moore, Peter Malinowski. *Consciousness and Cognition*, 18, 176–186.

- Seema, R. (2014). Mindfulness and time perspectives scales, and their relations with subjective well-being in Estonia. Külastatud 16.05.2015, kättesaadav aadressil <http://e-ait.tlulib.ee/366/>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, 13(3), 328-335. doi:10.1080/13607860802459807
- Van den Hurk, P. A. M., Giommi, F., Gielen, S. C., Speckens, A. E. M., & Barendregt, H. P. (2010). Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63, 1168–1180.
- Vasar, V. (2013). *Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK)*, URL, külastatud 15.05.2015, aadressil <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.et.toolkit.383>

Lisa 1

Instruktsioonid WCST testi täitmiseks

Sa oled alustamas kaardisorteerimise katset.

Sulle antakse järjest kaardipakist kaarte, kokku kaks korda 64 kaarti.
Sinu ülesanne on sorteerida need kaardid 4 hunnikusse.

Ekraani ülaosas on kaart, mille sa pead sorteerima ühte neljast hunnikust, mis on ekraani alumises osas. Sul tuleb endal ära arvata reegel, mille alusel sorteerida.

Valiku tegemiseks kasuta hiirt.

Jätkamiseks vajuta tühikuklahvi

Kui sa sorteerid kaardi õigesse hunnikusse, ilmub ekraanile sõna "õige".

Kui sa sorteerid kaardi valesse hunnikusse, ilmub ekraanile sõna "vale".

Sinu ülesanne on liigitada nii palju kaarte õigetesse hunnikutesse kui võimalik.

Valiku tegemiseks kasuta hiirt.

Press [Enter] for previous page

Jätkamiseks vajuta tühikuklahvi

Lisa 2

Instruktsioonid SART testi täitmiseks

Tere!

Selles uuringus näidatakse teile lühiajaliselt üksikuid numbreid (1-9) erinevates suurustes ekraani keskel. Numbrile järgneb vahetult rist ringis.

Teie ülesanne on

- * vajutada tühikuklahvi <SPACEBAR> kui näete ükskõik millist numbrit, mis ei ole 3.

- * Ärge tehke midagi (ärge vajutage ühtki klahvi) kui näete number 3. Siis oodake lihtsalt järgmist numbrit.

Kasutage vastamisel parema (või vasaku, kui olete vasakukäeline) käe nimetissõrme vajutamaks tühikuklahvi <SPACEBAR>.

Selles uurimuses on tähtis olla täpne ja kiire.

Alguses saate katse sooritamist harjutada.

Jätkamiseks vajutage tühikuklahvi <Spacebar>

Lisa 3

Süvaintervjuu kontseptsioon ja küsimused

Intervjuu olemus on **semistruktureeritud süvaintervjuu**, st protsess toetub eelnevalt valminud teemade ja võtmeküsimuste jaotusele, kuid küsimuste sõnastus ja järgnevus on vaba, samuti võib olenevalt konkreetsest intervjuueeritavast täpsustavaid küsimusi jooksvalt juurde tulla. Puuduvad etteantud vastusevariandid, küsimused on valdavalt avatud. Intervjuu **eesmärgiks** on saada infot uuritava **teraapiaprotsessi kogemuste ja nende tõlgenduste** kohta; täpsemalt:

- nende hinnangut teraapia ja enda osaluse tõhususele ja tulemuslikkusele
- nende hinnangut teraapia käigus toimunud muutustele iseendi konkreetsetes omadustes ja tendentsides ning sümptomites

Intervjuu põhistruktuur hõlmab järgmisi teemasid ja võtmeküsimusi:

TAUSTA TÄPSUSTUS // TERAAPIAST ÜLDISELT

1. Kuidas jõudsid teadveloleku rühmateraapiasse (nt kas keegi suunas sind osalema teadveloleku grupiteraapias või leidsid võimaluse ise)?
2. Milline oli sinu eelhäälestus teraapiasse tulles? Mida ootasid? Mida kartsid?
3. Millised olid sinu elus häirivad teemad/diagnoos enne teraapiasse tulekut?
4. Kas olid ka varasemalt osalenud psühhoteraapias, kas individuaalselt või rühmas?
5. Kas olid enne teadveloleku harjutustega kokku puutunud? Räägi lähemalt.
6. Kas tegelesid viimaste kuude jooksul ka muude vahendite abil teraapiiliste protseduuride vms teadliku sihivärgase enesearenguga?
7. Kas võtad praegu või oled kunagi võtnud psühhiaatrilisi ravimeid?
8. Kuivõrd vastas teraapiaprotsess su ootustele? Millega jäid rahule, mis oleks võinud olla paremini? Mis hõlbustas ja mis takistas juhiste järgmist ja koostööd?

OMA PANUS TERAAPIAGRUPIS

9. Kuidas hindad oma isikliku panust teraapiagrupis õpetatu omandamisel / mõistmisel? St kui püüdlisid töötasid kaasa?
10. Kui sageli harjutasid iseseisvalt (nt kodus) teraapiagrupis õpitut? Kas ja kuidas erines see grupiga koos töötamisest?
11. Kuivõrd rakendad õpitut oma igapäevaelus praegu?

TERAAPIA KÄIGUS KOGETU

12. Mis sulle kõigepealt meenub seoses teadveloleku grupiteraapiaga?
13. Meenuta enda jaoks olulisi arenguid teraapiaprotsessi juures. A. Mis oli kõige raskem? B. Mis oli üllatav? C. Mis oli meeldiv?
14. Räägi sellest, mida kogesid, tajusid, tundsid teadveloleku harjutuste ajal? Milliseid mõtteid see tekitas?
15. Kas märkasid kogetus erinevusi esimeste ja viimaste seansside vahel?
16. Ühel korral võimaldas kodune ülesanne iseseisvalt endale meelepärase teadveloleku meetodi rakendamist – millise meetodi valisid? Miks? (pigem lihtne või väljakutse?) Milliseid mõtteid-tundeid tekitas ise harjutuse üle otsustamine?

SÜMPTOMID/KAEBUSED/JÄLGITAVAD TUNNUSED JA MUUTUSED NEIS

17. Kas oled pärast teraapiat täheldanud muutusi: ... tähelepanus / ... meeleolus / ... reaktsiooniasjas / ... mõtlemise paindlikkuses? Kui jah, siis miks arvad, et need muutused on toimunud?
18. Milliseid sümptomeid või kaebusi sul esines enne teraapiagrupi algust?
19. Kas midagi on sinu hinnangul muutunud midagi su varasemates sümptomites või kaebustes? Kui on, siis kirjelda neid muutusi.
20. Milliseid üldisi muutusi märkad enda enesetundes, võrreldes aega enne ja pärast teraapiat?
21. Milliseid muutusi märkad enda sotsiaalsetes suhetes pärast teraapiat?
22. Kas keegi sinu lähedastest või tuttavatest on sulle väljendanud oma tähelepanekuid sinu käitumise, meeleolu vms muutuste suhtes viimase kahe kuu jooksul?

TESTIDEST JM

23. Milliseid tundeid-mõtteid tekitas sooritusmõõdikute ja küsimustike täitmine?
24. Mida olulist tahaksid veel öelda kas teraapiagrupi, harjutuste, testide vms osas?

Lisa 4

Eetikakomitee luba uuringu teostamiseks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 240/T-10

koosolek: 15.09.2014

Komitee koosseis:

Aseesimees

Oivi Uibo Tartu Ülikool arstiteaduskond, lastegastroenteroloogia dotsent

Liikmed

Naatan Haamer	Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja
Ruth Kalda	Tartu Ülikool arstiteaduskond, peremeditsiini professor / kliiniku juhataja
Kristi Lõuk	Tartu Ülikool filosoofiateaduskond, doktorant / projektijuht
Maire Peters	Tartu Ülikool arstiteaduskond, geneetika vanemteadur
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütika õppekava dotsent
Vahur Ööpik	Tartu Ülikool kehakultuuriteaduskond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Anda luba uurimistööks.

Uurimistöö nimetus:

Teadveloleku harjutuste mõju kognitiivsele paindlikkusele ning meeleolu- ja ärevushäirete sümptomitele

Vastutav uurija (asutus):

Marika Paaver (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, psühhiaatriakliinik, Raja 31, 50417 Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 23.10.2014
2. Kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia keskuses ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas, esitatud 27.09.2014
3. Lisa 1 – Vastutava uurija CV (M.Paaver) ja uurimismeeskonna liikmete CV-d (H.Hanso, A.Kuusik, L. Vahtra-Šmutov)
4. Lisa 2 – Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku leht, täiendatud 23.10.2014
5. Lisa 3 – Kiri uuritavale
6. Lisa 4 – Küsimustikud, Üldküsimustik täiendatud 27.09.2014
7. Lisa 5 – Poolstruktureeritud intervjuu

Uurimistöö lõpp: 31.05.2015

Komitee aseesimees: Oivi Uibo /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: 05.11.2014

Tartu Ülikool
teadus- ja arendusosakond
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 5514
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Lisa 5

Informeerimise ja nõusoleku leht

Uuringu „Teadveloleku harjutuste mõju kognitiivsele paindlikkusele ning meeleolu- ja ärevushäirete sümptomitele“

informeerimise ja nõusoleku leht

Käesolev tudengitööna läbiviidav uuring tegeleb teadveloleku grupiteraapia programmis osalemise mõju väljaselgitamisega muutustele kognitiivses paindlikkuses ja osaliste kaebustes/sümptomites. Uuringu eesmärgiks on selgitada, kas teadveloleku harjutuste praktiseerijatel paraneb teraapia käigus tähelepanuvõime, kiireneb reaktsiooniaeg ja suureneb vastamispaindlikkus; kas teraapia käigus toimub muutusi sümptomites ning kas võimalik sümptomite paranemine kaasneb soorituse tõusuga tähelepanutestides.

Uuringut teostakse Tartu Ülikoolis 1.10.2014-31.05.2015, uurija Helena Hanso ja juhendaja Marika Paaveri poolt.

Uuringus osalemine hõlmab:

1. Küsimustike ja mõõdikute elektroonset täitmist enne grupiteraapia algust alguses; selle keskel; pärast selle lõpetamist ning 2 kuu möödudes teraapia lõpust (sisaldavad 2 tähelepanutesti ning 2 enesekohast küsimustikku). (4x30min).
2. Individuaalse süvaintervjuu andmist pärast grupiteraapia lõppu.

Uuring on anonüümne. Uuringus osalejad saavad numbrilise koodi, mis seisab küsimustikel nime asemel. Koodivõti on üksnes uuringu läbiviija käes ning seda hoitakse konfidentsiaalsena. Anonüümseid andmeid säilitatakse tähtajatult ning neid analüüsib uurimust läbiviiv TÜ psühholoogia bakalaureusetudeng, TÜ psühhiaatria õppetooli teadustöötaja juhendamisel. Isikustatud andmed hävitatakse peale uuringuperioodi lõppu ühe kuu jooksul. Uuringus osalemine on vabatahtlik ja uuritav võib igal ajahetkel avaldada soovi uuringus osalemine katkestada.

Uuringu ja teraapiaprogrammi käigus tekkivate küsimuste kohta saab informatsiooni Tartu Ülikooli psühholoogia bakalaureusetudengi Helena Hanso (e-post: helena.hanso@hotmail.com, tel: 56676963) või psühhiaatria õppetooli vanemteaduri Marika Paaveri (PhD) (e-post: marika.paaver@ut.ee, tel: 7318835) käest.

Käesoleva informeerimis- ja nõusolekulehe edastaja:

Nimi	Allkiri
-------------	----------------

OLEN INFORMEERITUD ÜLALNIMETATUD UURINGUST ja
TERAAPIAPROGRAMMIST, OLEN TEADLIK UURIMISTÖÖ EESMÄRGIST JA UURINGU
LÄBIVIIMISE KORRAST NING OLEN NÕUS UURINGUS OSALEMA:

Nimi	Allkiri	Kuupäev
-------------	----------------	----------------

Tänuavaldused

Autor tänab juhendajaid Marika Paaver ja Astra Schults ning teraapia läbiviijaid Anni Kuusik ja Liis Vahtra-Šmutov, samuti kõiki katse- ja kontrollgrupis osalenuid.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Helena Hanso